

様式第5号（第6条関係）

重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住所 糸魚川市  
氏名

(受給者との続柄 )

次のとおり申請します。

受給者 番号		受給者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	性 別	男・女
		生年月日	年 月 日		
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 糸魚川市				
再交付事由					
1 紛失					
2 汚損・破損					
3 その他（具体的事由 )					

- (注) 1 再交付事由について、該当する項目の番号を○で囲んでください。  
2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。